

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-781676

159223
 Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	12563
Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : Houssem El Sayed	
Date de naissance : 27/04/87	
Adresse : Ried 11 Andalous, Marbella 3, Juan 59, Apt 21 Houmied RABAT	
Tél. : 06 78 49 07 21	Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/23
Nom et prénom du malade : Belfemlih Yihane

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

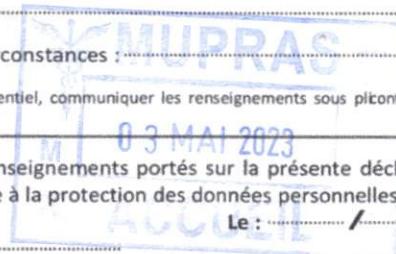
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/2023	437,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION																																	
FIN D'EXÉCUTION																																	
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																															
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B																															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
MONTANTS DES SOINS																																	
DATE DU DEVIS																																	
DATE DE L'EXÉCUTION																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																	

DR MOUNA KENFAOUI SALIHY

Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la faculté de médecine

de Casablanca

Ancienne interne des hôpitaux à Paris



الدكتورة مني كنفاؤي الصالحي

أخصائية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب والصيدلية بالدار البيضاء،

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

16124123

Dr. MOUNA KENFAOUI
Gynécologue Obstétricienne
Panorama Blvd Abou Bakr El Kadiri 11
Sidi Maarouf Casablanca
Tel: 05 22 97 57 07
INPE 091269175

The Bellenthi Jilous

90,00 1 Reproductive 750

1 April 22 (T)

90,00 x 2 1 Reproductive 750

10mle 1T 705

10mle x 21 ampoules.



Dr. Mouna Kenfaoui
Gynécologue Obstétricienne
Panorama Blvd Abou Bakr El Kadiri 11
Sidi Maarouf Casablanca
Tel: 05 22 97 57 07
INPE 091269175

DRAMA BOULEVARD ABOU BAKR EL KADIRI - IMM 11 ETAGE 1 APP 1 SIDI MAAROUF CASABLANCA

بانوراما شارع ابو بكر القادي عماره 11 الطابق 1 الشقة 1 - سيدى معروف - الدار البيضاء

0522975707 0631677970 docteur.kenfaoui@gmail.com

97,50 31

Regé Cressy.

69.90 DHS

69.90 DHS

Sécheresse.

1 April 2015

69,90 M |

Gyn & Her
Neher

HHC:20.00 DH

ITALUKONIQUE SEL SODIQUE 0,2%

Repadina®

MA 21 REV 01

51

Diners. per versch.

Total: 437, 40

Lockeur Mour, K.
Gynaecologiste
Santé Maternelle
Obstétricien
39, rue de la République
975 00 Saint-Denis
Téléphone : 05 22 97 50 00
INPE

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice: elle contient des informations importantes pour le consommateur. Ceci est un dispositif médical disponible sans prescription médicale.

- Gardez cette notice
- Si vous avez besoin d'aide, consultez votre médecin et/ou pharmacien
- Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

La date d'expiration fait référence au produit dans son emballage fermé et conservé correctement.

té, il doit être utilisé

LOT



esse de consulter votre
tre médecin.

Sant PPV

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg

ovules vaginaux

COMPOSITION

Acide hyaluronique sel sodique, Centella asiatica, Calendula, Aloe vera, Melaleuca, glycérides semi-synthétiques, BHT.

PRESENTATION

Repadina se présente sous forme d'ovules pour utilisation vaginale. L'emballage contient 10 ovules vaginaux de 2 g.

QU'EST-CE QUE C'EST ET POURQUOI C'EST UTILISE

Repadina ovules vaginaux exerce son activité grâce à la présence de l'acide hyaluronique, un mucopolysaccharide qui est abondamment distribué dans de nombreux tissus corporels. L'acide hyaluronique agit comme support structurel, ce qui procure tonicité, trophisme et elasticité aux tissus. De nombreuses études cliniques ont démontré la capacité de l'acide hyaluronique à accélérer et à améliorer le processus d'épithérialisation et de réparation tissulaire.

INDICATIONS

Traitement adjvant des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en oestrogène.

QUAND IL NE DOIT PAS ETRE UTILISE

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité individuelle à l'un des composants du produit.

Grossesse et allaitement

Dans ces circonstances, il est nécessaire de consulter votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation d'équipements ou de machines

Aucune précaution particulière n'est requise.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice: elle contient des informations importantes pour le consommateur. Ceci est un ~~prescription médicale~~ médical disponible sans efficacité, il doit être utilisé selon les indications.

- Gardez cette notice
- Si vous avez des questions, adressez-vous à votre médecin et/ou pharmacien
- Si les symptômes persistent, adressez-vous à votre médecin.



adressez-vous à votre médecin.

HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg

ovules vaginaux

COMPOSITION

Acide hyaluronique sel sodique, Centella asiatica, Calendula, Aloe vera, Melaleuca, glycérides semi-synthétiques, BHT.

PRESENTATION

Repadina se présente sous forme d'ovules pour utilisation vaginale. L'emballage contient 10 ovules vaginaux de 2 g.

QU'EST-CE QUE C'EST ET POURQUOI C'EST UTILISE

Repadina ovules vaginaux exerce son activité grâce à la présence de l'acide hyaluronique, un mucopolysaccharide qui est abondamment distribué dans de nombreux tissus corporels. L'acide hyaluronique agit comme support structurel, ce qui procure tonicité, trophisme et élasticité aux tissus. De nombreuses études cliniques ont démontré la capacité de l'acide hyaluronique à accélérer et à améliorer le processus d'épithérialisation et de réparation tissulaire.

INDICATIONS

Traitements adjuvants des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutives à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en œstrogène.

QUAND IL NE DOIT PAS ETRE UTILISE

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité individuelle à l'un des composants du produit.

Grossesse et allaitement

Dans ces circonstances, il est nécessaire de consulter votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation d'équipements ou de machines

Aucune précaution particulière n'est requise.